



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Preoperativ oro hos barn

Anestesisjuksköterskors erfarenhet att bemöta och lindra oro  
hos barn

Intervjustudie

Alexander Halvorsen

2017-05-08

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning anestesisjukvård  
Examensarbete inom anestesisjuksköterskans kunskapsområde, 15 hp  
Handledare: Annika Nilsson  
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

---

<b>1 INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>1.1 BAKGRUND</b>	<b>1</b>
1.1.1 Anestesisjuksköterskans roll	1
1.1.2 Oro hos barn	2
1.1.3 Preoperativa förberedelser på barn	3
1.1.4 Kommunikation med barn och föräldrar	5
1.1.5 Teoretisk referensram	5
1.1.6 Problemformulering	6
1.1.7 Syfte	7
<b>2 METOD</b>	<b>7</b>
2.1 DESIGN	7
2.2 BESKRIVNING AV AVDELNINGEN	7
2.3 URVALSMETOD OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP	8
2.4 DATAINSAMLING	8
2.5 TILLVÄGAGÅNGSÄTT	9
2.6 DATAANALYS	9
2.7 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
<b>3 RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>3.1 SKAPA TRYGGHET</b>	<b>11</b>
3.1.1 Samverka med föräldrar	12
3.1.2 Skapa förtroende och bygga en relation	13
3.1.3 Respektera barnet	14
3.1.4 Preoperativ förberedelse	14
3.1.5 Ge individanpassad information	15
<b>3.2 AVLEDANDE TILLVÄGAGÅNGSÄTT</b>	<b>16</b>
3.2.1 Skapa strategier	16
<b>3.3 DEN EGNA PROFESSIONEN</b>	<b>17</b>
3.3.1 Anestesimetod	17
3.3.2 Vara förberedd på sal	18
3.3.3 Egen erfarenhet och skapa fingertoppskänsla	18
3.3.4 Anpassa till barnet	19
<b>4 DISKUSSION</b>	<b>20</b>
4.1 HUVUDRESULTAT	20
4.2 RESULTATDISKUSSION	20
4.2.1 Skapa trygghet	20
4.2.2 Avledande strategier	22
4.2.3 Den egna professionen	22
4.3 METODDISKUSSION	23
4.4 KLINISKA IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD	24
4.5 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	25
4.6 SLUTSATS	25
<b>5 REFERENSER</b>	<b>26</b>

## Sammanfattning

**Introduktion:** Anestesi på barn ställer anestesijuksköterskan inför en komplex situation. Barn är oroliga inför det okända som ska hända. För att minska oron behöver anestesijuksköterskan reducera deras nivå av oro. Föräldrarna tryggar barnen och tillsammans med dem ska anestesijuksköterskan delge barnen trygghet. **Syfte:** Beskriva anestesijuksköterskors erfarenheter i att bemöta och lindra oro hos barn som ska genomgå anestesi. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie, innehåll analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Sammanlagt intervjuades 8 anestesijuksköterskor med varierande ålder och yrkeserfarenhet. **Resultat:** Anestesijuksköterskornas erfarenheter visade att *skapa trygghet, ha ett avledande tillvägagångsätt och att utgå ifrån den egna professionen* var viktigt för att bemöta och lindra oro. Att samarbeta med föräldrarna, skapa en relation till barnet och ha bra preoperativa förberedelser tycktes skapa trygghet hos både barnet och föräldern. De använde sig av avledande strategier för att flytta den negativa oron till något positivt. Den erfarenhet som anestesijuksköterskorna hade gav dem en trygg grund i de situationer som inte var fullt så optimala. Då det inte fanns några färdiga mallar i hur de ska bemöta och lindra oro hos barn ansåg de flesta att ”fingertoppskänslan” har stor betydelse. Det viktiga var att hela tiden anpassa sig till barnet och ta den tid som behövdes. **Slutsats:** Studien belyste anestesijuksköterskans erfarenhet av att bemöta och lindra oro hos barn. I resultatet framkom att anestesijuksköterskan upplevde svårighet att bemöta oroliga barn samt att det var en svår situation de ställdes inför. Emellanåt kunde samarbetet med oroliga föräldrar vara svårt, dock kunde samarbetet förbättras om anestesijuksköterskan och föräldern hade samma målbild. Det ställdes höga krav på kompetens och ödmjukhet samtidigt som anestesijuksköterskan hade en viktig roll i att skapa trygghet hos barnen.

**Nyckelord:** Anestesi, anestesijuksköterska, barn, preoperativ oro, omvårdnad

## **Abstract**

**Introduction** To prepare a child for anesthesia put the nurses in a complex situation. The child is worried about the unknown that is going to happen and therefore the nurse needs to reduce the child's level of anxiety and worry. The parents are supposed to comfort the child and together with the nurse they should help the child to manage the difficult situation. **Aim:** Describe the anesthesia nurses experience in addressing and reducing anxiety in children who are about to undergo anesthesia. **Method:** A qualitative interview study of 8 nurses with different age and work experience were included and interviewed. **Result:** Based on the experience of the nurses it showed that the most important thing where to create comfort, use distractions and the ability to use their previous professional experience. To be able to cooperate with the parents, create a relationship with the child as well as excellent preoperative preparation seemed to create comfort in both the child and the parents. The nurses used distracting strategies to transfer the negative anxiety to something more positive. Since there are no written guidelines of how to comfort children about to undergo anesthesia the nurses had to use and incorporate their previous experience as an anesthesia nurse. The nurses mentioned that it is crucial to be able to sense and evaluate the situation and then act based on the conclusion. The most important thing was to adapt and conform to the need of the child and not rush the process. **Conclusion:** The study highlighted the experience of the nurse's preoperative care. The result showed that the nurses experienced difficulty to care for worried children as well as the complex situation they were presented with. Sometimes worried parents made the situation more complex for the anesthesia nurse since they were not able to cooperate and work together. However, the cooperation could be improved if the anesthesia nurse and the parent had the same goal and a joint way of handling the situation. The anesthesia nurse were required to have high professional competence, advanced humility as well the ability to make sure that the child is comfortable and relaxed.

**Key words:** Anaesthesia, Anxiety, Children, Nurse Anaesthetist, Preoperative care

# **1 Introduktion**

Det är normalt förekommande att barn som ska genomgå anestesi upplever hög nivå av stress och oro i den preoperativa perioden (Berglund, Ericsson, Proczkowska-Björklund & Fridlund 2013; Davidson et al. 2006; Li & Lam 2003; Proczkowska-Björklund 2009). För att utöva barnanestesi så krävs det mer teoretisk och praktisk kunskap hos anestesijuksköterskan. Lika viktigt som teori och erfarenhet är förmågan att på ett empatiskt och adekvat sett kunna bemöta individer med ökad oro och ångest (Hovind 2013; Lindvall & Von Post 2008). Dagens operationssjukvård har blivit allt mer standardiserad och effektiviserad vilket gör att ledningen och kollegor ställer högre krav på att arbetet effektiviseras allt mer. Dessa faktorer kan leda till att sämre vård ges för att tillgodose klinikens produktivitet (Meeusen, van Dam, Brown-Mahoney, van Zundert & Knappe 2010). I en studie av Berglund et al. (2013) framkommer att anestesijuksköterskan ibland behöver frånga klinikens rutiner och skjuta på operationsprogrammet för att lyckas tillgodose barnens behov samt bemöta deras oro. Personalen i föreliggande studie ansåg att detta var en lindrig avvikelse för att lyckas lindra oro. Genom klinisk erfarenhet och reflektion från tidigare situationer skapar anestesijuksköterskan en förmåga att möta barn som ska genomgå anestesi. Vidare menade de att anestesijuksköterskor som jobbar aktivt och har lång erfarenhet har under åren skapat strategier för att möta varje unik situation (Lindvall & von Post 2008). Därför är det viktigt att beskriva den specifika kunskap som anestesijuksköterskor besitter och delge den till andra anestesijuksköterskor som kan nyttja den i sitt möte där ett oroligt barn ska genomgå anestesi.

## **1.1 Bakgrund**

### **1.1.1 Anestesisjuksköterskans roll**

Utifrån kompetensbeskrivningen (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening 2012) består anestesijuksköterskans ansvarsområde av övervakning och genomförande av generell anestesi samt sedering till de patienter som kommer att genomgå akuta och planerade operationer, behandlingar och undersökningar. All anesthesiologisk omvårdnad utgår från patienternas behov och resurser. Anestesisjuksköterskans stora uppgift är att inge trygghet och lugn till patienten. Genom att ha en preoperativ dialog ska anestesijuksköterskan ha möjlighet

att hitta strategier för att på ett pedagogiskt sätt stötta patienter med större omvårdnadsbehov (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening 2012). Svenska föreningen för bananestesi och intensivvård (2008) beskriver att anestesisjuksköterskan ska vara väl förtrogen och inneha korrekt kompetens för att genomföra anestesi på barn samt för att ge goda förutsättningar för barn ska miljön anpassas utifrån den pediatrika populationen.

### **1.1.2 Oro hos barn**

Definitionsmässigt beskriver Svenska akademien (2016) att oro är en störning i den normala tillvaron samt en brist på ro. I forskningen beskrivs oro som ”anxiety” vilket i sin tur betyder ångest. Psykologguiden (2016) beskriver ångest som en form av känsloreaktion som ur ett somatiskt perspektiv är känslan av spänning, tryckkänsla i kroppen. Ur ett psykiskt perspektiv kan ångest upplevas som lätt ångslan eller oro till ren panik. Rent kognitivt beror ångest på upplevelsen av fara eller hot. Erhaze, Dowling och Devane (2016) menar att den oro som barn uppvisar orsakas oftast av miljöförändring, ny personal, otillräcklig förberedelse och separationsångest från föräldrarna. Proczkowska-Björklund (2009) beskriver i sin studie att barnen själva uppger att de många gånger känner oro inför anestesi, operation och fram för allt inför stick och nålar. Detta i sin tur kan medföra en traumatisk upplevelse för barnet (Kain et. al. 2004).

Fortier, Del Rosario, Martin och Kain (2010) kom fram till i sin studie att lindra föräldrars oro leder till att barnen blir allt lugnare samt att det finns ett klart samband mellan oro och postoperativt mående. I Davidson et. al. (2006) studie identifieras riskfaktorer som är av betydelse för eventuell preoperativ oro. De riskfaktorer som framkom och ledde till högre tendens av preoperativ oro var yngre barn, tidigare negativa upplevelser av sjukhusvistelser, oroliga föräldrar och längre operationer.

För att skapa trygghet hos barn som ska genomgå anestesi har studier visat att det är viktigt att föräldrarna är närvarande fram tills anesthesiinduktionen (Hovind 2013). Detta påpekar även Wright, Stewart och Finley (2010) i sin studie och de belyser även att barn som inte får ha med sig föräldrarna har påtagligt högre oro än de som har med sig föräldrarna in på sal. Li och Lam (2003) visade i sin studie att det finns ett klart

samband mellan barnens oro och deras förmåga att samarbeta med anestesijuksköterskan.

Som anestesijuksköterska möter man barn i olika åldrar och varje individ har olika förutsättningar. En viktig förutsättning för att kunna göra en bedömning av barns mognad för delaktighet är att man har en grundläggande kunskap om barns utveckling, behov och förmåga (Hovind 2013). Barnkonventionen beskriver i sina artiklar att barnens välmående ska komma i första hand. Barn har rätt att uttrycka sina meningar och höras i alla frågor som rör de själva och allt ska anpassas utifrån barnets ålder och mognad (UNICEF 2009). Wennström, Hallberg och Berg (2008) belyser vikten av att vårdpersonal måste vara medvetna om att barn har svårt att uttrycka känslor samt förbereda sig för vad som komma ska.

### **1.1.3 Preoperativa förberedelser på barn**

Under år 2015 genomfördes i Sverige totalt 130 000 operationer på barn i åldrarna 0-19 år. Dessa var fördelade på 30 000 inom slutenvård och övriga genom öppenvård (Socialstyrelsen 2016). Barn drabbas ofta utav panikkänsla och känslomässig chock när de kommer till sjukhus och fram för allt ska genomgå operation. Reaktionen på stress har en klar relation till barnets ålder och utvecklingsnivå. Rädsla och stress är vanligare bland barn som lider av kognitiva handikap och autismsyndrom. De behöver då få hjälp att överföra det okända till något som de känner igen. Genom att anpassa informationen utifrån ålder och utvecklingsnivå kan deras oro minskas (Hallström & Lindberg 2015).

Innan operation är det viktigt att ge adekvat fysisk och psykologisk förberedelse till barnet och anhöriga, detta är framför allt viktigt för att minska barnet och hela familjens oro (Hallström & Lindberg 2015). Barn som får komma och titta på operationsavdelningen samt erhåller preoperativ information visar på en allt lägre grad av oro (Fernandes, Arriaga & Esteves, 2014; Karimi, Fadaiy, Nasrabadi, Godarzi och Mehran 2014; Rice, Glasper, Keeton och Spargo 2008). Wännström, Törnbage, Nasic, Hedelin och Bergh (2011) belyser i sin studie att de barn som genomgår ett förberedande samtal har ännu mindre grad av oro än de som bara erhåller skriftlig information.

Viktigast av allt är att anpassa individuellt utifrån barnet och familjens förutsättningar samt vilken situation du står inför. Om det är planerad operation bör informationsmaterial skickas hem på förhand så att föräldrar kan börja förbereda alternativt att familjen får komma till sjukhuset på ett förberedande samtal. Lika viktigt är att vårdpersonal anpassar kommunikationen med barn och föräldrar utifrån förståelse samt att det görs individuella bedömningar på behov och förutsättning av mottagande på information (Hallström & Lindberg 2015).

*Förskolebarnen* (3-6 år) som ska genomgå anestesi behöver få se hur det kommer att gå till men det gäller ändå att individanpassa utifrån barnets förutsättningar. Då barnen i denna ålder har en viss uppfattning om hur kroppen ser ut inuti så har det visat sig av erfarenhet att det är positivt att ta hjälp av bilder och interaktiv media. Vissa barn har mest ut av att få demonstrerat på dockor samt själva få prova och hjälpa till i proceduren. Anestesisjuksköterskan kan föra en dialog med barnen och låta de ställa frågor om det som kommer att hända. Medan barnen i *tidiga skolåldern* 6-12 år är nyfikna av natur, här kommer dockor vara bra att använda sig av för att demonstrera material och tillvägagångsätt. Informationen bör vara individuell eftersom denna åldersgrupp lättare uttrycker känslor och kan ha förståelse för varför de måste genomgå vård. Här kan frågor så som döden komma. Det är då viktigt att som anestesisjuksköterska ta frågorna på allvar och istället skapa trygghet därtill en positiv relation så att oron kan vändas till något positivt (Edwinson Månsson 2008).

Barn behöver förberedas om obehagliga procedurer ska genomgå och det visar sig tydligt att barn som får förberedelse samarbetar och har klart bättre tillit till personalen vid procedurer (Hallström & Lindberg 2015). Berglund et al. (2013) belyser i sin studie att det har positiva effekter om anestesisjuksköterskan låter barnet vara delaktig i proceduren och till viss nivå få bestämma över den procedur som ska genomföras. Exempel på detta är att barnet får ha möjlighet att önska var perifer ven kateter (PVK) ska appliceras.

För att ta reda på vilka copingstrategier som barn använder sig av för att bemästra sjukhusrädsla genomförde Salmela, Salanterä, Ruotsalainen och Aronen (2010) en studie på 82 barn i åldern 4-6 år. Resultatet visade då att föräldrarnas stöd var det viktigaste, efter det kommer stöd av sjukhuspersonal och avledning i form av bilder,



humor och leksaker. LaMontagne, Hepworth, Cohen och Salisbury (2003) beskriver i sin studie att för tonåringar är det information som är den mest effektiva copingstrategin i att minska oro. Hallström och Lindberg (2015) belyser att använda sig av *avledning* så som att låta föräldrar distrahera vid procedurer har visat sig vara positivt för barnet, även föräldern får känna sig delaktig i proceduren vilket bygger på förtroende relationen. Avledning beskrivs som allt utifrån blåsande av såpbubblor till att använda sig av interaktiva medier det är bara fantasin som sätter stopp. Viktigast är att anpassa utifrån den situation sjuksköterskan står inför och ta till vara på barnets intressen. Traumatiska och negativa upplevelser av sjukvården leder till rädsla även vid nästa sjukhusbesök och att bli fasthållen vid procedur innebär att många barn drabbas av ren panik och att de i framtiden inte vill uppsöka sjukvård.

#### **1.1.4 Kommunikation med barn och föräldrar**

När ett bra bemötande diskuteras framkommer det att ett bra bemötande tar tid vilket är en vanlig missuppfattning. Det som behövs är vänlighet, uppmärksamhet och att man lyssnar på vad familjen har kommit dit för. Genom att fråga anhöriga om varför de är oroliga och ta de på allvar skapas snabbt förutsättningar för att bygga ett förtroende. Att sjukvårdspersonal vänder oss direkt till barnet har också visat sig uppskattas av anhöriga. Ta föräldrars oro på allvar är viktigt och att samma stund se vad en kan göra för att minska deras oro. Om föräldrarna inte känner sig betrodd kan det medföra att samarbetet blir allt svårare. Kommunikation med barn och förälder har som syfte att sprida information och etablera en form av relation inför det som komma ska (Hallström & Lindberg 2015).

#### **1.1.5 Teoretisk referensram**

Enligt Benner (2000) innebär arbetet som sjuksköterska, teoretisk kunskap och livslång praktisk utbildning. Benner beskriver hur just teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet hör ihop och att allt detta sker under fem olika stadier. I det första stadiet som *novis* har sjuksköterskan inga kunskaper utan följer istället instruktioner och riktlinjer, vilket betyder att det är svårt att se helheten i vårdandet. I nästa stadie *avancerad nybörjare*, då börjar vissa kunskaper falla på plats men behöver fortfarande ta hjälp av riktlinjer, man börjar nu få rutin och kan se vårdbehov. I tredje stadiet är sjuksköterskan *kompetent* och har utvecklat ett långsiktigt och kritiskt tänkande samt har förmåga att

prioritera. I det fjärde stadiet har *skicklig* nivå uppnåtts vilket innebär en förmåga att relatera och agera utifrån tidigare händelser samt fatta egna beslut. Till slut uppnås *expert* nivån där en djupare förståelse och färdighet infinner sig, nu kan sjuksköterskan fokusera på det viktigaste i situationen och inte vara beroende av att stanna upp för att fundera.

För att skapa strategier samt bemästra och hantera oro hos barn belyser Berglund et al. (2013) i sin studie att anestesijuksköterskan behöver rikligt med kunskap och färdighet. Björklund (2008) menar att alla steg tar från månader till år att uppnå och under sin yrkeskarriär samlar sjuksköterskan på sig mycket kunskap som är svår att beskriva. Som expert inom sitt specialområde kommer sjuksköterskan kunna bedöma och agera utifrån den tysta kunskapen, vilket i sin tur betyder att sjuksköterskan har en förmåga att se, observera och identifiera vissa behov hos patienten utan att konkret säga vad.

### **1.1.6 Problemformulering**

Preoperativ oro är vanligt förekommande hos barn som ska genomgå anestesi för första gången men även hos barn som fått anestesi tidigare. Enligt tidigare forskning beror mycket på hur det förra mötet gick och det framkommer även att barn som varit med om anestesi tidigare visar på förhöjd oro. Det finns en omfattande kunskap och erfarenhet hos anestesipersonalen. Kompetensen är en så kallad tyst kunskap som är svår att beskriva. Den tysta kunskapen, även kallad "fingertoppskänsla" är svår att implementera hos nya kollegor. Mycket av den kunskap som anesthesijuksköterskan besitter har framkommit utifrån tidigare situationer där de varit med om att bemöta och lindra oro hos barn. Varje enskild individ har då behövt hitta olika strategier för att få till en lyckad anestesi. Mycket av bemötandets "teknik" ligger på ett personligt plan. Det finns lite forskat gällande anesthesijuksköterskans erfarenhet och strategi i att bemöta barn med pre operativ oro, varför författaren anser att denna studie kan vara till hjälp för att beskriva deras erfarenheter och strategier för att just lindra oro hos barn som ska genomgå anestesi. Wiklund och Bergbom (2012) beskriver att lidande är ett begrepp som används för att belysa människors sårbarhet, ensamhet och oro. För att lindra människans oro så kan sjuksköterskan använda sig av olika strategier så som att bekräfta, ge medlidande och framför allt möta patienten på deras nivå. Det ligger i

människans natur att hjälpa till att lindra jämfört med att låta bli dock behöver sjuksköterskan ha kunskap att se att någon lider.

Kurslitteraturen beskriver hur det teoretisk kan gå till att bemöta barn med oro dock så är denna lärdom svår att applicera i praxis, fram för allt då större delar av bemötandet spelar på samspelet mellan barnet, anestesisjuksköterskan och den anhörige som följer. Det är olika förutsättningarna för anestesisjuksköterskor som jobbar på länssjukhus respektive universitetssjukhus där man har en egen barnoperation. I detta arbete är fokus på att se hur anestesisjuksköterskorna bemöter och lindrar oro hos barn i åldern 3-12 år på länssjukhus. För att lindra oro har studier visat att denna åldersgrupp har störst fördel av preoperativ information.

### **1.1.7 Syfte**

Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskors erfarenheter i att bemöta och lindra oro hos barn som ska genomgå anestesi.

## **2 Metod**

### **2.1 Design**

En kvalitativ intervjustudie med beskrivande design har tillämpats, detta för att författaren har för ambition att beskriva anestesisjuksköterskans erfarenhet (Polit & Beck 2012).

### **2.2 Beskrivning av avdelningen**

Undersökningen har under våren 2017 genomförts på en centraloperation i Mellansverige. På centraloperation arbetade totalt 110 personer och operationer inom allmän-, ortopedisk-, Öron Näsa Hals-, Käk- och ögon kirurgi genomförs. Dessutom genomförs anestesi vid vissa röntgenundersökningar, och samtliga kliniker genomför barnkirurgi. Inom avdelningen arbetade 23 operationssköterskor, 31 anestesisjuksköterskor och 14 undersköterskor. På centraloperation genomförs både akuta och planerade operationer. Under år 2015 genomfördes totalt 7395 operationer varav 636 var på barn i åldrarna 0-18 år. Utav dessa 636 operationer utfördes 336 operationer på barn i åldersgruppen 3-12 år.

### **2.3 Urvalsmetod och undersökningsgrupp**

För att besvara syftet har ett ändamålsriktat urval genomförts. Denna metod tillämpas för att få tag på informanter med bakgrundsvariation (Polit & Beck 2012). För att få tag på deltagare har författaren tagit hjälp av en vårdenhetschef (VEC). Detta för att VEC har kännedom om personalens kompetensnivå och yrkesbakgrund. Målsättningen var att erhålla minst 8 informanter till studien, detta för att se till att den information som inkommer har ett stort värde och kan ge information till studiens resultat.

Inklusionskriterier var anestesijuksköterskor som arbetat på centraloperation och har minst 3 års yrkeslivserfarenhet samt god kunskap av att utöva anestesi i olika sammanhang på barn i åldrar 3-12 år. God kunskap innebär att de innehar god erfarenhet och känner sig trygga att utöva barnanestesi. Exklusionskriterier är de anestesijuksköterskor som jobbar administrativt samt inhyrd personal. I studien ingick åtta informanter varav 3 män och 5 kvinnor i åldern 35-60 år. De har arbetat som anestesijuksköterskor i 3-29 år vilket utgör ett snitt på 14 år och samtliga förutom en hade ingen erfarenhet av barnanestesi innan de började på centraloperation. Samtliga anestesijuksköterskor som tillfrågades att delta i studien tackade ja.

### **2.4 Datainsamling**

Individuella intervjuer har genomförts, och som hjälpmedel utarbetades en semistrukturerad intervjuguide med frågor som *"berätta om någon bra situation där du hanterade ett oroligt barn"*, *"berätta om någon mindre bra situation där du hanterade ett oroligt barn"*, *"Berätta om din erfarenhet för att bemöta ett oroligt barn som ska genomgå anestesi"*, *"Upplever du någon skillnad på de barn som fått pre operativ information och de som inte fått information"* i frågorna ingick även underfrågor som *"Hur agerade du, Varför blev det inte bra, Vad kunde du ha gjort annorlunda, Vad tyckte du var mest krävande med situationen"* och följdfrågor så som *kan du berätta mer, hur kände du då, kan du utveckla och hur menar du användes om något blev otydligt och behövde utvecklas*. Frågorna utgick från studiens syfte och innehöll även bakgrundsinformation som *"yrkeslivserfarenhet, antal år som anestesijuksköterska, ålder, och hur de har erhållit teoretiska och praktiska kunskaper gällande anestesi på barn"* om informanterna. Huvudsakligen så sökte frågorna svar på informantens personliga upplevelse av den preoperativa oron hos barn samt hur de går tillväga för att bemöta och hantera detta. Alla intervjuer har spelades in och transkriberades ordagrant.

## **2.5 Tillvägagångssätt**

Innan intervjuerna påbörjades skickades en skriftlig ansökan om tillstånd att få genomföra studien på aktuell klinik till verksamhetschef (VC). I ansökan var studiens syfte och tillvägagångssätt om studien beskrivet. Efter godkännande fick VEC muntlig och skriftlig information. Sektionsledare på anestesikliniken hjälpte till att rekrytera de informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. Varje informant erhöll skriftlig information om studiens bakgrund och syfte. De har skrivit under och godkänt att delta i studien. Deltagandet var frivilligt och anestesisyjuksköterskan kunde när som helst avbryta utan att särskild förklaring behövs. Anestesisjuksköterskorna har intervjuats på arbetsplatsen i en ostörd miljö. Innan intervjuerna påbörjades genomfördes en pilotintervju, detta för att eventuellt kunna rätta till intervjuguiden. Då pilotintervjun ansågs vara av god kvalitet och svarade på studiens syfte inkluderades den i studien. Beroende på mängd information som delgavs så tog intervjuerna mellan 12-22 minuter.

## **2.6 Dataanalys**

Alla intervjuer har genomförts och transkriberats av författaren, materialet transkriberades allt eftersom intervjuerna var avslutade. Intervju och transkriberad text har sedan diskuterats i grupp tillsammans med handledare och medstudenter. Utifrån Graneheim och Lundmans (2004) rekommendationer har materialet bearbetas genom en kvalitativ innehållsanalys genom att texten har brutits ner för att skapa en ny helhetsuppfattning. Efter transkriptionen har författaren läst genom texten flera gånger detta för att få en god förståelse av det material som informanterna har lämnat. Textstycken som svarade på syftet har sedan markerats och plockats ut för att skapa meningsenheter och sedan kondenserats. Den kondenserade meningsenheten fick en preliminär kod som sedan diskuterades i en arbetsgrupp där vissa koder justerades. Alla koder satts in i en tabell med olika färgkoder från varje informant, för att lättare koppla en kod till en specifik intervju. Kodens innebörd är att få fram ett centralt budskap. Koderna har i sin tur placerats i olika underkategorier som gemensamt skapat olika kategorier. Analysen skapar då ett manifest innehåll. Hela analysprocessen har diskuterats i arbetsgrupp och två exempel presenteras i tabell 1, detta för att få en ökad trovärdighet till studien (Graneheim & Lundman 2004).

**Tabell 1** Exempel på analys

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Det trygga barnet kommer oftast sannolikt med en trygg förälder	Tryggt barn har trygg förälder	Tryggt barn har trygg förälder	Samverkan med förälder	Skapa Trygghet
Utan allting ska vara färdig när man kommer in med barnet och föräldrarna	Allting ska vara färdigt när barnet och föräldern kommer	Klart när barn och förälder kommer	Vara förberedd	Den egna professionen

## 2.7 Forskningsetiska överväganden

Studien har genomförts utifrån vetenskapsrådets (2015) forskningsetiska principer där information-, konfidentialitet-, samtycke- och nyttjandekravet tillämpats.

Anestesisjuksköterskan fick skriftlig och muntlig information gällande studiens syfte och tillvägagångsätt. Deltagandet var frivilligt och de kunde avbryta deltagandet när som helst, innan start inhämtades skriftligt samtycke från anestesisjuksköterskorna. Då inga patientdata eller känslig personlig information har lämnats ut ansåg författaren att det inte var behov av en forskningsetisk ansökan. VC erhöll en skriftlig ansökan om att få genomföra studien på kliniken, för kännedom fick VEC skriftlig och muntlig information innan start. Studien påbörjades först när VC gett ett skriftligt godkännande. All data har hanterats konfidentiellt enligt Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400), det insamlade materialet användes enbart i aktuell studie och har bara varit tillgängligt för författare och handledare. All data som har kunnat härleda till personen har tagits bort vid transkribering. Det som har redovisats är kön, ålder samt yrkesverksamma år inom anestesiyrket. Genom att tillämpa etiska principer har sannolikheten för att informanterna kommer till skada minskats (Olsson och Sörensen 2011).

### 3 Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier ”*skapa trygghet*”, ”*avledande tillvägagångsätt*” och ”*den egna professionen*”. Alla kategorier bygger på 10 underkategorier som presenteras i tabell 2. Resultatet presenteras i löpande text där alla kategorier och underkategorier beskrivs. Med hjälp av citat tydliggörs underkategoriernas innebörd, citat avslutas med numrering vilket hänvisar till vilken informant som informationen kommer från.

**Tabell 2** Kategori och underkategori

Kategori	Skapa trygghet	Avledande tillvägagångsätt	Den egna professionen
<b>Underkategori</b>	Samverka med föräldrar  Skapa förtroende och bygga en relation  Respektera barnet  Preoperativ förberedelse  Ge individanpassad information	Skapa strategier	Anestesimetod  Vara förberedd på sal  Egen erfarenhet och skapa fingertoppskänsla  Anpassa till barnet

#### 3.1 Skapa trygghet

Anestesisjuksköterskan måste i sitt dagliga jobb använda sig av omfattande omvårdnads kunskaper för att bemöta patienter på operationsavdelningen. Kategorin belyser vikten att respektera barnet samt att samarbetet med föräldrar måste tillvaratas, barn och föräldrars oro har en indirekt påverkan på varandra. I detta ingår att skapa förtroende och bygga en relation med barn samt föräldrar. Genom att ge barn och förälder adekvat förberedelse och information så är förutsättningarna för lyckad omhändertagande allt bättre.

### 3.1.1 Samverka med föräldrar

Alla föräldrar som kommer till operation med sitt barn är mer eller mindre berörda över situationen. De barn som kommer till operation visar olika grader av oro, i situationer som detta händer är det fördelaktigt att ta hjälp av föräldrar. Viktigt är då att förälder och anestesijuksköterska har samma målbild och eftersträvar samma resultat.

*”Vissa barn är inte alls rädda och de kan tycka att det är spännande att vara hos oss. Tycker ofta föräldrarna de finns där för sina barn” (8)*

*”Sen har man ju haft de som är så oroliga så att de vill springa där ifrån... då handlar det ju mycket om föräldrarnas medverkan och hur de ser på situationen.” (4)*

För att bearbeta barnets oro är samspelet med föräldern av stor betydelse. Vissa föräldrar förhandlar med sitt barn för att övervinna oron, dock har dessa förhandlingar en tendens att gå för långt och det blir svårt att avgöra vem det är som bestämmer, barnet eller föräldern. Anestesijuksköterskorna beskriver även vikten av att föräldrarna är lugna och trygga för detta skapar i sin tur trygga och lugna barn. Alla anestesijuksköterskor beskriver händelser som de varit med om där just föräldrarnas oro påverkar barnet negativt. I sådana situationer ger inte föräldrarna något stöd till sitt barn då deras attityd har en direkt negativ påverkan på barnet.

*”föräldrar som agerar lugnt gör jo att barnen känner sig trygga och föräldrar som är oroliga och som vi inte kan informera och lugna ner smittar jo av sig på barnet” (7)*

Anestesijuksköterskan kan uppleva ett så kallat dubbel fokus. Där en förälder och anestesijuksköterska inte har samma målbild inför anestesi. Barnet har ett stort behov av stöd från sina föräldrar och då gäller det att ta till vara och hjälpa barnet att erhålla det stöd som de behöver. Som anestesijuksköterska kan det i dessa situationer vara svårt att hålla fokus på vem som är orolig och ge rätt stöd till rätt person. Barnet tyr sig till sina föräldrar och det infinner sig en trygghet av att ha de med i processen.

*”Det oroliga barnet... ..där blir det ju det dubbla fokusen på föräldern.. vem är det som är orolig egentligen, För barnet i sig kan vara väldigt oroligt om man har en trygg förälder(...)Att man måste balansera... det tycker jag är det svåra, och att ha fokus på barn och kanske en orolig förälder” (4)*

Föräldrarnas sinnesstämning spelar stor roll för barnets grad av oro. Hela bemötandet påverkas av vilken förälder som medföljer barnet, vissa föräldrar är lugna och kan delge sitt lugn till barnet medan andra är oroliga. Det framkommer en beskrivning av situationer där barn och förälder är orolig och det kan i vissa fall bli svårt att lägga fokus



på barnets oro. Om en sådan situation uppstår är det bättre att låta anhörig vänta utanför eller om det är så att anhörig oro påverkar barnets så pass negativt, så kan det vara fördelaktigt att byta anhörig.

*..”till slut fick jag säga till mamman att vänta utanför, för hon hade en så negativ påverkan på barnet” (6)*

### **3.1.2 Skapa förtroende och bygga en relation**

För att delge och skapa trygghet hos barn så har förtroendet stor betydelse, med förtroende skapas även en relation. Som anestesijuksköterska gäller det att inge trygghet, skapa förtroende och hjälpa barnet att övervinna sin oro för det som komma ska. Oroliga barn kommer det alltid att komma till operationsavdelningen och det gäller då att hitta ett sätt att möta varandra på och på detta sätt vända barnens oro till nyfikenhet. Nyfikenheten framkommer genom att berätta för barnet vad som händer och låta de själva få berätta vad anestesijuksköterskan ska göra. Viktigt att barnet är med på vad som kommer att hända och att anestesijuksköterskor stöttar dem samt hjälper de att skapa kontroll över situationen. Som anestesijuksköterska måste man inge trygghet och inte visa oro, flera informanter beskriver att just vikten med lugn hos personal påverkar hela situationen positivt.

*”jag behandlar ju dem lika som alla andra barn, med att vara lugn, trygg, förtroendeingivande(6)*

*..”men det kan ju finnas tillfällen då man får ner ett oroligt barn att man då hittar ett sätt att möta varann och då man vänder oron till att du får ett nyfiket barn” (3)*

Genom att respektera och vara professionell i sin roll som anestesijuksköterska kan det genom ett kort möte med barn och förälder skapa förtroende. Att agera självsäkert i sin yrkesroll hjälper föräldrarna i att känna tillit till anestesijuksköterskan och detta är framför allt viktigt i och med att de själva tenderar att tappa kontrollen över situationen.

*”så otroligt kort möte, det är jo ett väldigt kort möte som de ska hinna känna tillit att vi verkligen tar hand om det bästa man har” (3)*

De beskriver att det gäller att skapa kontakt genom att hitta gemensamhet och på det sättet hitta en bra nivå samt komma nära barnet. Föräldrarna integreras i denna relation vilket i sin tur skapar trygghet hos barn och förälder. Den strategi som väljs skiljer sig

utifrån vilket barn som ska genomgå anestesi och då gäller det att läsa av situationen. Exempel som nämns är att alltid hälsa på barnet först, skapa delaktighet, inge förtroende och stötta föräldrarna i sin roll. Flera av anestesijuksköterskorna påpekar att den viktigaste aspekten är att ha barnet i fokus och att antal personer runt om begränsas.

*... ”jag tycker jo att det som är väldigt viktigt när man ska ta hand om barn att det är så få personer runt omkring” (3)*

### **3.1.3 Respektera barnet**

Anestesisjuksköterskan påpekar vikten att respektera barnet och att barn som vuxna har en personlig integritet som ska värnas om. Det visade sig ha stor betydelse framför allt i första mötet när de kommer till operation. När kontakt tas med barnet ska det vara på barnets nivå så att det inte känner sig hotat. Lika viktigt som att vara på deras nivå var även att anpassa antal personer runt barnet vid sövningen.

*”Välja rätt ord, att anta ett kroppsspråk och inte stå å luta sig över utan att sätta mig ner utan att komma på nivå så att man inte känns så hotande” (7)*

Anestesisjuksköterskorna beskriver att maskinduktion och de gånger då barn hålls fast för sövning eller PVK sättning är de gånger då de känner att autonomi ej tillämpas. Det framkommer att det upplevs som ett övergrepp att ge maskinduktion till barn som inte vill medverka. Anledningen till detta ansågs bero på bristande förberedelse och flera beskriver även att hålla fast och pressa en mask mot ansiktet upplevs som det jobbigaste eftersom det inte blir på barnets villkor. Det fanns även situationer där anestesisjuksköterskan försökte förhandla sig fram med barnet utan att lyckas och då istället välja att avbryta för att inte orsaka något mera trauma på barnet.

*.. ”måste söva ner på mask, man måste tvinga de att hålla masken man kanske har föräldrar som inte är helt med på banan ....det bara fortsatte grina och där var det alltså jag vet inte hur många vi var som fick hålla fast barnet när det skulle sova och det kändes jo inte bra alls”(5)*

*”vi försökte verkligen att lirka men när det liksom...det gick inte, så blev det ingen bra... så det blev ingen anestesi alls...vi fick avbryta” (7)*

### **3.1.4 Preoperativ förberedelse**

God preoperativ förberedelse ansågs gynna barnen positivt. För att uppnå god förberedelse bör detta ske ett tag innan planerad operation och det är därför viktigt att även föräldern får samma information, eftersom båda behöver bearbeta informationen

som ges. För att skapa en bra situation behöver även föräldrarna genomgå preoperativ förberedelse. Deras egen förberedelse kan återspegla deras engagemang gentemot barnet vilket i sin tur leder till att föräldrarna själva förbereder barnet för vad som komma skall. I förberedelsen ingår även information och demonstration av utrustning som används, till exempel visa masken, saturationsklämman och PVK. Det är bra att barnen är införstådda med vad som kommer att hända och att de till exempel har fått sett utrustningen och fått känna på sakerna innan. Barnen är mera införstådda i vad som kommer att hända och proceduren blir inte helt ny. En anestesijuksköterska kontaktade familjen dagen innan planerad narkos så att föräldrarna fick chans att ställa frågor om något var oklart.

*..”det här ska ske ett tag före så de hinner bearbeta... det ska bearbetas, sen att föräldrarna har varit med och fått den här informationen”(6)*

*..”De som kan ta till sig förberedelse är förberedda och de som inte kan ta till sig så spelar det ingen roll om de varit på pre op samtal eller inte.. det är nog snara där att de som inte kan ta till sig är nog mera orolig av naturen eller arv”.. (4)*

### **3.1.5 Ge individanpassad information**

En stor del av bemötandet av oroliga barn går ut på att skapa en dialog och använda detta till att bland annat skapa trygghet. Många anestesijuksköterskor beskriver vikten av att hela tiden vara pedagogisk när de berättar och visar för barnet vad de gör. Kommunikationen är det enklaste verktyget och samtliga informanter påpekar vikten av att hela tiden prata med barnet för att skapa trygghet. I första hand benämns det att man alltid pratar till barnet och att det är barnet som är i fokus.

*”man pratar till barnet, inte bara håller på att prata med föräldrarna förbi barnet... barnen... det är de som är centrala personen. Man måste prata med dem”(6)*

Vissa barn erhåller idag information via barnböcker som handlar om sjukhus och ambulans vilket gör att mycket blir allt mera naturligt när de kommer till operation. Anestesijuksköterskans beskriver möjlighet att åldersanpassa informationen utifrån vilken situation en står inför. För att ge adekvat information kan det ibland vara lönt att ge barn och förälder individuell information. Vissa barn och föräldrar har begränsad förmåga att ta till sig information. Ibland framkommer det att för mycket fakta till barnen kan medföra ökat oro relaterat till all information.

Vissa ansåg att kommunikationen med föräldern hjälper till att öppna upp dialogen med barnet. Om barnet ser att föräldern pratar med anestesijuksköterskan så blir även de nyfikna och vill vara delaktiga. På detta sett kan anestesijuksköterskan hitta en god kommunikationsnivå och skapa delaktighet med barnet.

*... ” inte störta på dem utan att man pratat med föräldrarna och barnen märker genom att föräldrarna verkar lugna å vi kommunicerar så kan dom vara med också ”(7)*

*.. ”gå lite genom föräldern också...så pratat mamman så kanske barnet också pratar(8)*

## **3.2 Avledande tillvägagångsätt**

I bemötandet av oroliga barn så finns det olika strategier som anestesijuksköterskan kan ta hjälp av. Alla strategier är unika och det finns ingen mall för hur det exakt ska göras. Varje individ behöver bemötas på det sätt som passar bäst utifrån ålder och förutsättning, som grund gäller det att skapa bra förutsättningar.

### **3.2.1 Skapa strategier**

För att reducera oro samt få möjlighet att genomföra olika procedurer hos barnen så beskrivs användandet av avledning hos samtliga anestesijuksköterskor. Mest förekommande metoder är; titta på tv, läsplatta, läsa böcker, använda leksaker, leka samt använda sig av deras egna intressen för att skapa en dialog och få de att till exempel återberätta vad som har hänt och vad som kommer att ske. Kommunikationen, bemötande och val av strategi har ett nära samband när det kommer till avledande tillvägagångsätt. En anestesijuksköterska beskrev till exempel;

*.. ”jag försöker alltid hålla mig så lugn som möjligt och prata som vanligt med barnet oavsett ålder...Å att vara lugn , prata lugnt, informera vad jag gör, kanske skoja till det lite med dem, blåser i en ballong och de får rita på datorn med fingret när man har satt på ” (1)*

Flera beskriver att de avleder barnen genom att låta de leka med övervakningsutrustningen. Att anpassa och välja rätt avledningsmanöver till barnet är något som växer fram allt eftersom olika situationer inträffar. Några av anestesijuksköterska beskriver hur en använder barns olika intressen för att skapa en distraktor och med detta få barnet delaktigt och känner sig sedd.

*... ”någonting på tv skärmen på salen för att få de att titta på någonting om de har nån favorit”  
(8)*

*”Är de lite mindre så kan de avledas och är de större får man försöka få de att prata om saker....och sen brukar vi få de å tänka på om det är något som de tycker är roligt som de ska tänka på när de ska sova” (5)*

Flera av anestesijuksköterskorna beskriver bland annat hur de kan använda sig av olika belöningssystem som till exempel klistermärken för att förflytta fokusen till något positivt och att de har tagit emot tips från kollegor.

*”fick jag som tips av barnsköterskan som kom ner, kan ni inte söva i sängen... Barnet satt där å tittade på läsplattan....vi lindade fram PVK som satt där och sen så sövde vi bara sittande i en trygg situation” (7)*

### **3.3 Den egna professionen**

Det framkommer beskrivningar om hur viktigt det är med erfarenhet och att ta lärdom av situationer som gått bra och de som gått mindre bra. Utbyte av kunskap, samarbete på sal och den egna förberedelsen är viktigt för att lyckas bemöta och lindra oron hos barn. De anestesijuksköterskor som intervjuades har samtliga erhållit sin kunskap om barnanestesi genom klinisk praxis. Mycket av jobbet som anestesijuksköterska beskrivs som att ha ”fingertoppskänsla” för olika situationer.

#### **3.3.1 Anestesimetod**

Anestesijuksköterskan möter barn som behöver någon form av anestesi och då menas allt från att sova under operation till att få sedering i samband med till exempel röntgenundersökning.

Som oftast har barnen vid ankomst en välfungerande PVK som är satt på barnavdelningen eller akuten, denna använder anestesijuksköterskan sig av för att ge läkemedel i. I de fall då barnet av någon anledning inte har erhållit en PVK innan så kan det bli behov av att genomföra en så kallad maskinduktion. Flera påpekar vikten av att då förbereda sig för maskinduktion och då är det viktigt att föräldrar och övrig personal är med på planen. Barnet blir av natur oroligt av att få en mask satt över ansikten.

*..”blev absolut inte på barnets villkor... jag vet inte hur barnet upplever att få en mask tryckt över munnen mot sitt eget ....han protesterar ju rejält”(8)*

*..”narkosläkaren var på barnavdelningen och förberedde barnet ,med dexdor puffar i näsan så barnet kom ner väldigt trött tillsammans med en anhörig” (2)*

Flera beskriver fördelen av att barnet har PVK redan vid ankomst.

Anestesisjuksköterskan kan då ge lugnande läkemedel intravenöst istället för att tvinga på de en mask. En anestesisjuksköterska beskriver att det är viktigt att inta en auktoritär roll och vara bestämd och tydlig för att lyckas med sövningen. Om det är känt från avdelningen att barnet är oroligt finns det vinster med att anestesi-personalen blir varse om detta och så att de sedan kan lägga upp en strategi vid bemötandet med barnet. För att skapa en god situation för oroliga barn innan de kommer till operation finns alltid möjlighet att ta hjälp av lugnande läkemedel.

### **3.3.2 Vara förberedd på sal**

Att optimera och planera så att situationen blir så bra som möjlig är något som de flesta av informanterna diskuterar. Diskussionen på salen är viktig för att alla ska vara medvetna om vad som ska göras och vilken sinnesstämning barnet är i. Som anestesisjuksköterska och narkosläkare är det viktigt att innan barnet kommer gått genom ansvarsfördelning, plan för sövning, läkemedelsdoser och se till att all utrustning fungerar och ligger klart. Bra att allt är förberett när barnet kommer in på salen så att anestesisjuksköterskan kan lägga all fokus på barnet. Detta upplevdes som en viktig regel oavsett om barnet är oroligt eller inte.

*..”de gångerna man vet ska ha ett oroligt barn så är det jo bra å ta bort all extra personer så att man är så få som möjligt med barnet” (5)*

*..”allting förberett när barnet kommer och oavsett om barnet är oroligt eller inte att man gör saker och ting strukturerat , alla på salen vet vad man ska göra så att man kan söva barnet ganska så omgående” (2)*

### **3.3.3 Egen erfarenhet och skapa fingertoppskänsla**

Alla beskriver situationer där de har haft lyckade anestasier och där de kunnat vända oro till nyfikenhet. Situationer där barn varit så oroliga att det inte går att nå fram vilket har lett till maskinduktion och ibland även avbrytande av narkos. Att ha erfarenhet av barn från tidigare yrkeskarriär och privat är absolut fördelaktigt ansåg de flesta. Flera beskriver även hur de använder sig av den kunskap som de bär med sig och att denna skapar en trygg grund i situationer som inte är helt optimala.

*...” styrka är ju att man haft barn tidigare...att man varit med vid tidigare sövningar och man har sett hur det inte ska gå till och hur det ska gå till (5)*

*..”sövt så mycket barn i så många olika tillstånd... jag tycker mig veta hur jag ska hantera  
....har sövt så mkt barn och jobbat så många år” (6)*

Att som anestesijuksköterska ha förmåga att bemöta och lindra oro hos barn beskrivs ibland som att ha rätt fingertoppskänsla, detta är något som växer fram under yrkeskarriären genom kliniks praxis.

*...” på nåt sett ha en fingertoppskänsla gentemot barnet och förälder ... att läsa in situationen”  
(4)*

### **3.3.4 Anpassa till barnet**

Att utföra procedurer tar oftast längre tid med barn än med vuxna, ibland upplever anestesijuksköterskorna att tiden inte finns eftersom de har ett pressat operationsprogram. Barnen behöver tid på sig för att vänja sig vid situationen och genom att utnyttja tiden och barnets nyfikenhet så kan barnet genomföra proceduren på ett lugnare sätt.

*”ge barnet tid och förklara ... mera motivera till att kunna ta masken och såna saker(...)Att man läser av...kanske barnet får styra situationen så att man inte kör över och går för snabbt i handlingarna... utan att man tar den tid som behövs” (8)*

Ibland kan det dra ut på tiden då det förekommer förhandlingar mellan personal, barn och föräldrar. Många gånger slutade dessa situationer i att utöva någon form av maktkontroll där anestesijuksköterskan bestämmer åt barnet istället, detta blir omdiskuterat i och med de inte värnar om barnens autonomi. Det beskrevs som en svaghet i att ibland låta förhandlingarna gå lite för långt.

*”svaghet är nog att jag har lite tålmod , jag har svårt att hålla på att dalta in i det oändliga utan at jag tycker att man ska gå in å styra upp det litegrann så att det går fort(...)man bestämmer med hela handen att nu är det så här och så gör man det fort och snabbt så att dom somnar” (2)*

Ibland möter de barn som inte vill ställa upp på det som ska göras. Flera anestesijuksköterskor beskriver situationer där barnet inte vill göra som det är tänkt och dessa gånger gäller det att välja sina strider. Viktigt är att då vara flexibel och läsa av situationen så att den kan lösas på bästa möjliga sätt, som till exempel att läsa av situationen och istället skynda på för att minska barnets lidande.

*”De som gråter som är svåra att nå då skulle jag säga att vi gör detta så snabbt som möjligt, vi drar inte ut på pinan(...)oftast så kopplar vi bara upp en saturationsklämma...sen skulle jag vilja säga att vi söver så fort” (3)*

Flera beskriver att om barnet inte vill ha monitorering på sig så går detta bra, anestesijuksköterskan väljer att istället att koppla upp barnet så fort det somnat.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Anestesisjuksköterskornas erfarenheter visade att *skapa trygghet, ha ett avledande tillvägagångsätt och att utgå ifrån den egna professionen* var viktigt för att bemöta och lindra oro hos barn. Genom att samarbeta med föräldrarna, skapa en relation till barnet och ha bra preoperativa förberedelser upplevdes av de flesta skapa trygghet hos både barnet och föräldern. De använde sig även av avledande strategier för att flytta den negativa oron till något positivt. Den erfarenhet som anestesisjuksköterskorna hade gav dem en trygg grund i de situationer som inte var fullt så optimala. Då det inte finns några färdiga mallar i hur de ska bemöta och lindra oro hos barn ansåg de flesta att ”fingertoppskänslan” har stor betydelse. Det viktiga var att hela tiden anpassa sig till barnet och ta den tid som behövdes.

### **4.2 Resultatdiskussion**

Diskussionen bygger på de kategorier som framkom i resultatet, *skapa trygghet, avledande tillvägagångsätt och den egna professionen*.

#### **4.2.1 Skapa trygghet**

Anestesisjuksköterskorna upplevde att samverkan med föräldrarna var betydelsefull i bemötandet av preoperativ oro hos barn. Detta belyste Gidman, Elliott, Payne, Meakin och Moore (2007); Rosenbaum, Kain, Larsson, Lönnqvist och Wolf (2009) i sin studie där anestesisjuksköterskorna belyste att föräldrarna är viktiga i sin roll under anesthesiinduktion. Även Voepel-Lewis, Tait och Malviya (2000) har påpekat att föräldrarna känner sitt barn och kan därför förutse hur de kommer att reagera på anesthesiinduktionen, vilket betyder att anestesisjuksköterskan bättre kan anpassa mötet. Anestesisjuksköterskan ansåg att i samband med anestesi har barnet ett stort behov av föräldrarnas stöd, föräldrarnas beteende och oro påverkade barnet samt deras nivå av oro. I studien framkom att ha föräldrarna med är för att reducera barnets oro vid anesthesiinduktion (Chan & Molassiotis 2002); Munro & D’Errico 2000).

Anestesisjuksköterskan belyste att föräldern som är orolig och oförberedd fick svårt att



ge adekvat stöd till sitt barn vilket Kain et. al. (2006) belyste genom att föräldrar som är oroliga innan lättare tappar kontrollen och klarar därför inte av att ge stöd till sitt barn. Detta ledde i sin tur till att de förlitade sig på att anestesijuksköterskan istället kunde lugna det oroliga barnet. Salisbury, LaMontagne, Hepworth och Cohen (2007) bekräftar i sin studie att föräldrarnas förmåga att ge stöd påverkades negativt av stressfaktorer som förändrad föräldraroll och förlorad kontroll. Anestesijuksköterskan ansåg att om föräldern var orolig och överförde mycket oro till barnet kunde det vara fördelaktigt att låta föräldern vänta utanför. I studien till Chundamala, Wright och Kemp (2009) kom de fram till att det inte alltid var fördelaktigt att ha föräldern med på sal vid induktion.

I intervjuerna framkom det att anestesijuksköterskans möte med familjen ofta upplevdes som kort, vilket medförde att på kort tid fick försöka skapa ett förtroende hos barnet. Det korta mötet bekräftade i Kain et. al. (2009) studie där det framkom att anestesijuksköterskan spenderade mindre än 10 min med barnet preoperativt. Eftersom tiden var så begränsad gällde det att utnyttja tiden effektivt (Kain et. al. 2006). Anestesijuksköterskan ansåg om det fanns hög grad av preoperativ oro så behövde anestesijuksköterskan vända oron till nyfikenhet och genom detta skapa en trygg situation, den trygga känslan ansåg Lindberg och von Post (2006); Wennström, Hallberg och Bergh (2008) kunde uppnås genom att ge barnet tillräckligt med tid och information. För att få barnet delaktigt tyckte anestesijuksköterskan att kommunikationen var en strategi att ta hjälp av. Förutsättningarna för att lyckas skapades genom att barn och förälder erhöll preoperativ förberedelse samt att den information som delgavs var anpassat utifrån familjens förutsättning. Genom att barnet var väl förberedd tyckte anestesijuksköterskan att situationer så som maskinduktion under tvång kunde undvikas och det var just det som beskrevs som den svåraste situationen de ställdes inför. Berglund et al. (2013) poängterade att fysiskt tvång endast skulle användas i livshotande situationer, dock fanns det rapporter om att det även användes vid planerad kirurgi. De gångerna som det inte gick att genomföra en bra anestesi relaterade anestesijuksköterskan ofta till att det förelåg dålig preoperativ förberedelse. I studien till He et. al. (2015) framgick det att barn som har erhöll förberedelse genom lek visade lägre grad av oro samt att de samarbetade bättre vid anesthesin.

### 4.2.2 Avledande strategier

Det framkom att det inte finns någon mall för hur anestesijuksköterskan ska avleda oroliga barn. Varje situation blev unik och behövde anpassas utifrån det barn som skulle genomgå anestesi och att avleda barnets oro ansågs anestesijuksköterskan som fördelaktigt. Chorney et. al. (2009) belyste att humor och distraktion genom kommunikation minskade oron hos barnet. Inal och Kelleci (2012) såg i sin studie att det fanns en signifikant skillnad i upplevelsen av smärta och oro hos barn som blev avledda med hjälp av bilder och frågor kring bildens innehåll. Anestesijuksköterskan tyckte att val av strategi var något som växte fram genom erfarenheten från olika situationer samt tips från andra kollegor. Anestesijuksköterskan upplevde att genom kommunikation och dialog fick barnen känna sig sedda och delaktiga. Windich-Biermeier, Sjöberg, Dale, Eshelman och Guzzetta (2007) belyste genom att låta barnet ha möjlighet att välja avledningsstrategi i situationen då de kände sig orolig kunde det medföra att barnet istället upplevde kontroll som hjälpte till att reducera oros nivå.

### 4.2.3 Den egna professionen

Anestesijuksköterskorna beskrev att personlig erfarenhet och den lärdom de fått från tidigare situationer var en viktig del i arbetet med barnanestesi. Vilket Benner (2000) belyste genom påståendet att teori och praktisk erfarenhet hörde ihop och att anestesijuksköterskan under åren blir allt mer *expert* på sitt specialområde. Anestesijuksköterskan ansåg att det hela tiden var viktigt att ha god kommunikation med de övriga på salen och att vara förberedd inför varje situation ansågs som god omvårdnad. I förberedelsen ingick bland annat ansvarsfördelning samt att skapa en strategi för hur anestesi skulle gå till. Det framkommer också att för att genomföra en lyckad anestesi så var det viktigt att ge barnen tid och inte bara skynda på processen relaterad till eventuell tidsbrist. I Odegard, Modest och Laussen (2002) studie framkom det att anestesijuksköterskan på grund av tidspress och stress kunde uppfattas som oengagerad i sitt jobb. Var det känt att barnet var oroligt kunde lugnande läkemedel ges redan på avdelningen så att oron kunde lindras. Det framkom då att det var viktigt att anestesijuksköterskan och anestesiläkaren hade gjort upp en plan för hur anestesi skulle gå till. Runeson, Proczkowska-Björklund och Idwall (2010) har påpekat i sin studie att ge ett barn mediciner kan i sin tur skapa traumatiska upplevelser. Viktig aspekt som ansågs av anestesijuksköterskan var att anpassa allt från antal personer på

sal till hur anesthesiinduktionen skulle gå till. Det gällde att vara flexibel i de situationer som inte gick att optimera. Genom erfarenhet upplevde anestesijuksköterskan att de skaffade sig en viss fingertoppskänsla och kunde med hjälp av den ge barnen god omvårdnad och välja rätta strategier. Berglund et al. (2013) belyste att den viktigaste strategin i att bemöta oroliga barn och undvika fasthållning var är att vara flexibel och tillmötesgående och för att uppnå detta behövde anestesijuksköterskan rikligt med kunskap och färdighet.

### 4.3 Metoddiskussion

Då syftet i studien var att beskriva anestesijuksköterskors erfarenhet ansågs intervjuer att vara en god metod. Polit och Beck (2012) beskriver för att ta reda på personers erfarenhet så är intervjuer en passande metod att ta hjälp av. I Graneheim och Lundman (2004) artikel framkommer det att datainsamlingsmetoden måste anpassas utifrån det syfte som valts samt att studier som analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys bör granskas utifrån *credibility*, *dependability* och *transferability*.

Polit och Beck (2012) beskriver att *Credibility*, trovärdighet betyder hur pålitligt studiens resultat är. Intervjuer och bearbetning har genomförts av författaren, materialet har sedan diskuterats i grupp tillsammans med handledare och medstudenter vilket i sin tur enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker pålitligheten av resultatet. För att ta reda på erfarenheten genomfördes ett ändamålsriktat urvalen vilket Polit och Beck (2012) anser som fördelaktigt för att styrka resultatets trovärdighet. Att inkludera olika kön, ålder och yrkeslivserfarenheten vill enligt Graneheim och Lundman (2004) studiens pålitlighet styrkas. Informanterna i föreliggande studie bestod av män och kvinnor i olika åldrar och varierande yrkeslivserfarenhet, detta för att medvetet så en stor spridning på erfarenhet. Föreliggande studie inkluderades totalt 8 informanter vilket ansågs vara hanterbar mängd att bearbeta. Enligt Graneheim och Lundman (2004) har antalet informanter kunnat utökas för att få en större variation av resultat gällande erfarenhet.

Enligt Polit och Beck (2012) står *Dependability* för insamlad datas tillförlitlighet. För att se till att alla deltagare fick samma huvudfrågor har författaren i föreliggande studie utarbetade en semistrukturerad intervjuguide och innan studien påbörjades så genomfördes en provintervju för att se om guiden svarade på syftet. Graneheim och

Lundman (2004) påpekar att tillförlitligheten stärks om det finns en utarbetad intervjuguide samt att provintervjuer genomförs. Då författaren av föreliggande studie är ovan intervjuare kan pålitligheten ha försvagats. Kvale och Brinkmann (2009) rekommenderar att intervjuer ska genomföras i en ostörd miljö för att uppnå bra resultat vilket föregående studie har tillämpat. Då författaren själv har genomfört intervjuerna har icke verbal kommunikation och kroppsspråk kunnat ha en viss negativ påverkan på resultatet, detta då det är svårt att hålla fokus på intervjuguide och bedöma det kroppsspråk som framkommer. Dock anser författaren av denna studie att detta inte haft någon negativ påverkan på det presenterade resultat. Dataanalys har genomförts av författaren själv, all data har diskuterats i grupp där det har varit möjligt att reflektera och delge synpunkter på till exempel kodning och kategorisering vilket Granheim och Lundman (2004) ansågs som fördelaktigt. Författaren har tillämpat noggrannhet gällande granskning av materialet och detta för att inte utesluta viktigt information som framkommit under intervjuerna.

Polit och Beck (2012) beskriver *transferability* som överförbarhet av studien och detta görs lättare genom ett tydligt metodavsnitt där hela analysprocessen, urvalsmetod, deltagare samt datainsamlingsmetod beskrivs. I studien finns en presentation av resultatet med tillhörande citat vilket även underlättar för läsarens ställningstagande till resultatets kan överföras till andra yrkeskategorier/kliniker, detta anser Granheim och Lundman (2004) som en styrka i studier.

Polit och Beck (2012) belyser att studiens *confirmability*, objektivitet innebär att resultatet ska återspeglas av det som informanterna delger och att författaren inte ska lägga in egna åsikter. Vilket författaren av föreliggande studie har tagit hänsyn till genom att presentera en tabell där exempel på analysprocess visas samt att författaren själv medvetet inte har lagt in några egna åsikter i resultatprocessen

#### **4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad**

Det finns en hel del tyst kunskap och så kallad fingertoppskänsla bland erfarna anestesistjuksköterskor och av erfarenhet vet vi att detta är svårt att applicera till nyexaminerade. Då det inte finns någon mall för hur anestesistjuksköterskan ska bemöta och lindra oro hos barn kan resultatet vara till stor hjälp för nyexaminerade anestesistjuksköterskor, men även de som arbetat länge kan läsa studien för att utveckla

sin kompetensnivå. I studiens resultat framkommer det olika verktyg och tips på hur anestesijuksköterskan kan gå till väga för att lindra och bemöta barnens oro. Om resultatet läggs till grund och implementeras i det dagliga arbetet kan förutsättningarna för att lyckas med barnanestesi öka.

#### **4.5 Förslag till vidare forskning**

Under arbetet har flera anesthesijuksköterskor gett exempel på mindre bra situationer där barn med särskilda behov har varit inblandat. En intressant vinkling skulle vara att se hur dessa barn skattar sin oro och vilken typ av information de erhåller innan. Andra vinklingar skulle kunna vara att intervjua föräldrar och se hur de bemöter och hanterar oro hos sitt barn som ska genomgå anestesi. Slutligen kan det vara önskvärt att göra en studie på barn som fått muntlig information jämfört med de som erhåller interaktiv information via läsplatta och skatta deras oro innan och efter anestesi.

#### **4.6 Slutsats**

Studien belyste anesthesijuksköterskans erfarenhet av att bemöta och lindra oro hos barn. I resultatet framkommer att anesthesijuksköterskan upplever svårighet att bemöta oroliga barn samt att det är en komplex situation de ställs inför. Emellanåt kan samarbetet med oroliga föräldrar vara svårt, dock kunde samarbetet förbättras om anesthesijuksköterskan och föräldern hade samma målbild. Det ställs höga krav på kompetens och ödmjukhet samtidigt som anesthesijuksköterskan har en viktig roll genom att skapa trygghet hos barnen.

## 5 Referenser

Benner, P.E. (2000) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Prentice Hall, New Jersey.

Berglund, I.G., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B. (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Nursing children and young people*, 25(1), ss. 28-34. <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp2013.02.25.1.28.s9537>

Björklund, L-E. (2008). *Från novis till expert: förtrogenhetskunskap i kognitiv och didaktisk belysning*. Diss. Norrköping : Linköpings universitet.

Chan, C.S.M. & Molassiotis, A. (2002). The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*, 12(2), ss. 131-139. DOI: 10.1046/j.1460-9592.2002.00790.x

Chorney, J. M., Torrey, C., Blount, R., McLaren, C. E., Chen, W. P., & Kain, Z. N. (2009). Healthcare provider and parent behavior and children's coping and distress at anesthesia induction. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 111(6), ss. 1290-1296.

Chundamala, J., Wright, J.G. & Kemp, S.M. (2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 56(1), ss. 55-70. DOI: 10.1007/s12630-008-9008-3

Davidson, A. J., Shrivastava, P. P., Jansen, K., Huang, G. H., Czarnecki, C., Gibson, M. A., Stewart, S. A., Stargatt, R. (2006). Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children: a prospective cohort study. *Pediatric Anesthesia*, 16(9), ss. 919-927. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2006.01904.x

Edwinson Månsson, M. & Enskär, K. (red.) (2008). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. 2., [rev.] uppl., Lund: Studentlitteratur.

Erhaze, E.K., Dowling, M. & Devane, D. (2016). Parental presence at anaesthesia induction, a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), ss. 397-407. DOI: 10.1111/ijn.12449

Fernandes, S.C., Arriaga, P. & Esteves, F. (2014). Providing preoperative information for children undergoing surgery: a randomized study testing different types of educational material to reduce children's preoperative worries. *Health education research*, 29(6), ss. 1058-1076. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyu066>

Fortier, M. A., Del Rosario, A. M., Martin, S. R. & Kain, Z. N. (2010). Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*, 20(4), ss. 318-322.

Gidman, W., Elliott, R., Payne, K., Meakin, G.H. & Moore, J. (2007). A comparison of parents and pediatric anesthesiologists' preferences for attributes of child daycare surgery: a discrete choice experiment. *Paediatric Anaesthesia*, 17(11), ss. 1043-1052. doi: 10.1111/j.1460-9592.2007.02271.x

- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss. 105-122. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hallström, I. & Lindberg, T. (red.) (2015). *Pediatrik omvårdnad. 2.*, [utök. och uppdaterade] uppl., Stockholm: Liber.
- He, H., Zhu, L., Chan, W. S., Liam, J. W., Ko, S. S., Li, H. W., & Yobas, P. (2015). A mixed-method study of effects of a therapeutic play intervention for children on parental anxiety and parents' perceptions of the intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), ss. 1539 – 1551. DOI: 10.1111/jan.12623
- Hovind, I.L. (red.) (2013). *Anestesiologisk omvårdnad. 2.*, [rev.] uppl., Lund: Studentlitteratur.
- Inal, S. & Kelleci, M. (2012) Distracting children during blood draw: looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *International journal of nursing practice*, 18(2), ss. 210-219.
- Kain, Z.N., Caldwell-Andrews, A.A., Maranets, I., McClain, B., Gaal, D., Mayes L.C. & Zhang, H. (2004). Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesthesia & Analgesia*, 99(6), ss. 1648-1654. DOI: 10.1213/01.ANE.0000136471.36680.97
- Kain, Z.N., Mayes, L.C., Caldwell-Andrews, A.A., Saadat, H., McClain, B. & Wang, S.M. (2006). Prediction which children benefit most from parental presence during induction of anesthesia. *Paediatric Anaesthesia*, 16(6), ss. 627-634. DOI: 0.1111/j.1460-9592.2006.01843.x
- Kain, Z. N., MacLaren, J. E., Hammell, C., Novoa, C., Fortier, M. A., Huszti, H. & Mayes, L. (2009). Healthcare provider–child–parent communication in the preoperative surgical setting. *Pediatric Anesthesia*, 19(4), ss. 376-384. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2008.02921.x
- Karimi, R., Fadaiy, Z., Nasrabadi, A.N., Godarzi, Z. & Mehran, A. (2014). Effectiveness of orientation tour on children's anxiety before elective surgeries. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(1), ss. 10–15. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2012.00223.x
- Kvale S. & Brinkmann S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- LaMontagne, L.L., Hepworth, J.T., Cohen, F. & Salisbury, M.H. (2003). Cognitive-behavioral intervention effects on adolescents' anxiety and pain following spinal fusion surgery. *Nursing Research*, 52(3), ss. 183-190.
- Li, H.C.W. & Lam, H.Y. (2003). Paediatric day surgery: impact of Hong Kong Chinese children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), ss. 882-887. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00805.x

- Lindberg, S. & von Post, I. (2006). From fear to confidence: children with a fear of general anaesthesia and the perioperative dialogue for dental treatment. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 2(4), ss. 143-151.
- Lindwall, L. & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård, att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Meeusen, V., van Dam, K., Brown-Mahoney, C., van Zundert, A., & Knape, H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(5), ss. 616-621. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x
- Munro, H. & D'Errico, F.C. (2000). Parental involvement in perioperative anesthetic management. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 15(6), ss. 397-400.
- Odegard, K.C., Modest, S.A. & Laussen, P.C. (2002). A survey of parental satisfaction during parent present induction of anaesthesia for children undergoing cardiovascular surgery. *Pediatric Anesthesia*, 12(3), ss. 261-266.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl., Stockholm: Liber.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Proczkowska-Björklund, M. (2009). *The process of anaesthetic induction with children*. Diss. Linköpings universitet, Institutionen för klinisk och experimentel medicin.
- Psykologiguiden (2016). <http://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon> [2017-05-05].
- Rice, M., Gasper, A., Keeton, D. & Spargo, P. (2008). The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: an observational study. *Pediatric Anesthesia*, 18(5), ss. 426–430. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2008.02490.x
- Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård*. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Specialistsjukskoterska-inom-anestesisjukvard/> [2017-04-28].
- Rosenbaum, A., Kain, Z.N., Larsson, P., Lönnqvist, P.A. & Wolf, A.R. (2009). The place of premedication in pediatric practice. *Paediatric Anaesthesia*, 19(9), ss. 817-828. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2009.03114.x
- Runeson, I., Proczkowska-Björklund, M., & Idwall, E. (2010). Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. *Journal of Child Health Care*, 14(4), ss. 345-354.



- Salisbury, M.H., LaMontagne, L.L., Hepworth, J.T. & Cohen, F. (2007). Parents' selfidentified stressors and coping strategies during adolescents' spinal surgery experiences. *Clinical Nursing Research*, 16(3), ss. 212-230. DOI:10.1177/1054773807302732
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. & Aronen, E.T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(3), ss. 108–114. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla\\_sfs-2009-400/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/) [2017-04-15].
- Socialstyrelsen (2016). *Statistikdatabas*. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas> [2017-04-28].
- Svenska akademien (2016). Svenska Akademiens Ordbok. [http://www.saob.se/artikel/?show=oro&unik=O\\_1289-0056.Q4Gv&pz=3](http://www.saob.se/artikel/?show=oro&unik=O_1289-0056.Q4Gv&pz=3) [2016-12-19].
- Svenska föreningen för barnanestesi och barnintensivvård. (2008). *Rekommendationer om hur barnanestesiverksamheten i Sverige bör organiseras*. [https://sfai.se/wp-content/uploads/files/SFBABI\\_Riktlinje\\_nr\\_2.2.pdf](https://sfai.se/wp-content/uploads/files/SFBABI_Riktlinje_nr_2.2.pdf) [2017-04-18].
- UNICEF. (2009). Barnkonventionen. Stockholm: UNICEF. <http://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf> [2016-12-21].
- Vetenskapsrådet. (2015). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2017-05-05].
- Voepel-Lewis, T., Tait, A.R. & Malviya, S. (2000). Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? *Journal of Perianesthesia Nursing*, 15(1), ss. 6-11. [https://doi.org/10.1016/S1089-9472\(00\)63181-7](https://doi.org/10.1016/S1089-9472(00)63181-7)
- Wiklund, G.L. & Bergbom, I. (red.) (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.
- Windich-Biermeier A., Sjöberg I., Dale J.C., Eshelman D. & Guzzetta C.E. (2007). Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(1), ss. 8-19. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043454206296018>
- Wright, K.D., Stewart, S.H. & Finley, G.A. (2010). When are parents helpful? A randomized clinical trial of the efficacy of parental presence for pediatric anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia*, 57(8), ss. 751-758. DOI: 10.1007/s12630-010-9333-1
- Wännström, B., Hallberg, L.R.M., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 96-106. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04581.x

Wännström, B., Törnhage, C.G., Nasic, S., Hedelin, H. & Bergh. (2011). The perioperative dialogue reduces postoperative stress in children undergoing day surgery as confirmed by salivary cortisol. *Pediatric Anesthesia*, 21(10), ss. 1058-1065. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2011.03656.x

